

AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA
U.O.C. MEDICINA LEGALE
VIA S. D'ACQUISTO N. 7
37122 VERONA

e-mail sisp.invalidi.civili@aulss9.veneto.it
PEC: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

**RICHIESTA TRASFORMAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO PIENO A PART-TIME
ART. 8 COMMA 3 D.LGS. 81/2015 (JOBS ACT)**

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome Nome

Nato/a _____ Prov. _____ Data nascita _____

Residente a _____ CAP _____

In via _____ N. _____

Telefono _____ e-mail _____

In servizio presso _____

Inserito nell'area _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita presso la competente Commissione per l'accertamento dei requisiti dell'art. 8 comma 3 Decreto Legislativo n. 81 del 15.06.2015, al fine di trasformare il proprio lavoro da tempo pieno a part-time.

Allega inoltre:

- copia documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____

Sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>

Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data _____

Firma del dichiarante _____